

Violencia obstétrica en la atención hospitalaria del parto en la región selva de Chiapas

Obstetric violence in hospital childbirth care in the jungle region of Chiapas

Azucena del Carmen Deceliz Guzmán¹, Dulce María Cruz López² y Josselin del Carmen Reyes Muñoz³

¹ Universidad para el Bienestar Benito Juárez García, sede Ocosingo, Chiapas, México, azucena.deceliz65@gmail.com

² Universidad para el Bienestar Benito Juárez García, sede Ocosingo, Chiapas, México, dulceacruzlopez123@gmail.com

³ Universidad para el Bienestar Benito Juárez García, sede Ocosingo, Chiapas, México, josselinreyes082002@gmail.com

Fecha de recepción del manuscrito: 26/08/2023

Fecha de aceptación del manuscrito: 11/09/2023

Fecha de publicación: 30/09/2023

Resumen—La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos reproductivos de las mujeres que se genera durante la atención del embarazo parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados al ser ejercida por profesionales de la salud. En el estado de Chiapas afectó a 87,024 mujeres, cifra que representa al 18.8% de las mujeres de entre 15 a 49 años. En zonas rurales afectó un 17.0%, a diferencia de la zona urbana afectando al 21.4%. Trabajar en conjunto con el respeto y una atención de calidad es una barrera muy grande al cual el profesional sanitario se enfrenta. Diversos factores ocasionan que la mujer sea víctima de abuso o violencia a su persona a través de humillaciones, menosprecio, ofensas y daño a su dignidad. La presente investigación es cuantitativa y transversal donde se pretende investigar factores relacionados a la violencia obstétrica en mujeres de la región selva de Ocosingo, Chiapas, teniendo la participación de 28 mujeres que atendieron su parto en hospitales de esta región. Como resultado se obtuvo que de las 28 usuarias 9 califican excelente el trato recibido por el personal de enfermería, 11 la consideran buena, 7 regular y 1 mala. La violencia es uno de los factores que predominan en los sectores de salud por ende debe ser tratado como un problema, detectar las causas tanto dentro, como fuera del hospital ayudando así a disminuir los casos de violencia obstétrica.

Palabras clave—Parto, violencia obstétrica, personal de salud, derechos de los pacientes.)

Abstract—Obstetric violence is a specific form of violation of women's reproductive rights that is generated during childbirth and postpartum pregnancy care in public and private health services when exercised by health professionals. In the state of Chiapas, it affected 87,024 women, a figure that represents 18.8% of women between the ages of 15 and 49. In rural areas it affected 17.0%, unlike the urban area affecting 21.4%. Working together with respect and quality care is a very big barrier that the health professional faces. Various factors cause the woman to be a victim of abuse or violence to her person through humiliation, contempt, offenses and damage to her dignity. This research is quantitative and transversal where it is intended to investigate factors related to obstetric violence in women in the jungle region of Ocosingo, Chiapas, with the participation of 28 women who attended their childbirth in hospitals in this region. As a result, it was obtained that of the 28 users, 9 rated the treatment received by the nursing staff as excellent, 11 consider it good, 7 regular and 1 bad. Violence is one of the factors that predominate in the health sectors, therefore it must be treated as a problem, detecting the causes both inside and outside the hospital, thus helping to reduce cases of obstetric violence.

Keywords—Childbirth, obstetric violence, health personnel, patients' rights.

INTRODUCCIÓN

Los valores constituyen el carácter del ser humano, se sabe que existen dos variantes, los positivos y negativos, ambos causan un impacto dentro de la misma sociedad, cuando la mayoría de la comunidad tiene valores positivos hacen que entre las personas respeten su integridad, individualidad así también exista un equilibrio lleno de armonía. Aunque en su defecto existen situaciones desfavorables en donde se daña la integridad de las personas debido a que sus valores, creencias y costumbres son inculcadas de diferente

manera, esta situación se podría denominar violencia al no ser respetada la integridad del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos reproductivos de las mujeres se genera en el

ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados al ser ejercida por profesionales de la salud.

La atención obstétrica es la rama de la medicina que se lleva a cabo desde la etapa de gestación, parto y puerperio, que tiene la finalidad de llevar de manera saludable, esta etapa más de la vida en la mujer, culminando con el parto satisfactoriamente.

Trabajar en conjunto con el respeto y una atención de calidad es una barrera muy grande al cual el profesional sanitario se enfrenta, por diversos factores la atención de la salud en la etapa de la gestación, parto y puerperio en algunas ocasiones la mujer es víctima de un abuso o violencia a su persona a través de humillaciones, menosprecio, ofensas, amedrentando la dignidad de la mujer pudiendo ocasionar graves daños psicológicos.

Para los profesionales de salud la práctica de la atención del parto, se vuelve un proceso rutinario, ya que al menos en el día se lleva a cabo un promedio de 50 a 120 partos, el escaso personal dentro de las unidades sanitarias, ocasiona que tengan una sobre carga de trabajo, la violencia obstétrica se relaciona con el “síndrome de Burnout o desgaste profesional”. Los niveles de estrés y cansancio pueden provocar la frustración del médico con su trabajo, lo cual conlleva a desempeñarse de una forma mecánica que deshumaniza a las pacientes. Por otro lado, puede deberse a la falta de información por parte de la comunidad sanitaria, que les hace no ser conscientes de los daños y riesgos que implica realizar este tipo de comportamiento.

En México dentro INEGI, en México, del total de mujeres de 15 a 49 años (7.8 millones) que tuvieron una hija o hijo entre 2016 y 2021, 31.4% vivió algún tipo de maltrato durante su atención obstétrica (2.5 millones de mujeres). Existen diferentes formas de violentar la integridad en el proceso de parto, además del maltrato físico y verbal otra de las formas de violencia, es la práctica injustificada de cesáreas, en México de las cesáreas (3.7 millones) realizadas entre 2016 y 2021, en 8.6% la mujer no dio su autorización para que se la practicaran; en estos casos lo autorizó el esposo (59%), la madre, padre o algún familiar (21%), lo cual es muy elevado para ser cesáreas de emergencia de último momento. Adicionalmente 13.2% de las cesáreas no fueron autorizadas por la paciente o familiares.

Por su parte el estado de Chiapas de 2021, la violencia obstétrica afectó a 87, 024 mujeres, cifra que representa al 18.8% de las mujeres de entre 15 a 49 años que tuvieron su último parto entre 2016 y 2021. Debido a que el maltrato tiene relación con el tipo de alumbramiento en las zonas rurales afecto en un 17.0% a diferencia de la zona urbana afectando al 21.4%, ya que en esta zona se realizan las cesáreas y se abarcan más patologías durante el alumbramiento.

Desde tiempos remotos y por consecuencias a la segunda guerra mundial, el trato en el trabajo de parto se ha vuelto un proceso mecanizado en donde a las mujeres se les trata como un objeto, al embarazo y parto como una enfermedad, haciendo que esta etapa para muchas mujeres sea traumática, para lo que debería ser una etapa llena de amor y respeto para mejorar los lazos afectivos madre e hijo e integridad física.

Las acciones que realiza el personal sanitario son pro-

blemas muy visibles en donde muchos de los casos no hay un testigo, ya que en la sala de parto la mujer se encuentra completamente sola, si bien es cierto no todo el personal sanitario comete agresiones hacia las usuarias por el contrario muchos de ellos hacen este proceso armonioso, con respeto y dándoles la dignidad que la mujer se merece.

La violencia se produce y se mantiene gracias a la existencia de relaciones asimétricas de poder que están normalizadas, en este caso, la del/la obstetra y la mujer. Debido a este y varios mecanismos, la violencia ejercida es vista de manera natural entre el colectivo sanitario, por la sobre carga de trabajo (síndrome de Burnout) esto se debe a las excesivas jornadas de trabajo y poco personal de enfermería y medicina, la jerarquización en donde el estudiante/practicante realizará las actividades según como el superior ordene y no como realmente establece la teoría.

Los tratos que se le dan a la mujer en la sala de parto desde maltrato físico, humillación y abuso verbal, como procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea, violación a la confidencialidad y privacidad, obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información hasta el punto de llegar a la negación del tratamiento y detención de las mujeres y recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar, son actividades que no deberían ser vistas con normalidad y sobre todo ser impuntables.

La violencia obstétrica es un grave fenómeno que se encuentra muy presente en la atención del parto tanto en clínicas y hospitales a nivel mundial y constituye una grave violación a los derechos de las mujeres, entre los cuales podemos mencionar el derecho a la vida, derecho a que se respete su integridad física, psicológica y moral, derecho a la libertad, derecho a la seguridad, derecho a no ser sometida a torturas, derecho a que se respete su dignidad, derecho a igualdad de protección ante la ley, entre otros.

Estas prácticas deben ser vistas desde un panorama general, tratando de identificar realmente los factores que influyen tanto dentro y fuera del entorno hospitalario para tratar de disminuir los índices de prevalencia, la finalidad será que exista un equilibrio entre el respeto la dignidad y la carga del trabajo hospitalaria, ya que toda persona tiene derecho a recibir un trato digno de calidad y calidez, manteniendo los principios bioéticos (Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia).

Desarrollo

Posterior a la segunda guerra mundial, en pleno siglo XX, la prestación de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a su cosmovisión cultural incluso de la misma zona por las diferencias de las praxis obstétricas, la asistencia del parto normal se traslada desde el interior del hogar a una sala de hospital justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos.

Desde la antigüedad las mujeres han recibido un trato desigual con relación a los hombres en todos los ámbitos, debido a que en diversas culturas consideraban que las mujeres eran propiedad del hombre, el considerar el parto como una enfermedad y no como un proceso natural de la

reproducción humana, afecta a la madre y al hijo en su vínculo afectivo. Para disminuir la violencia hacia la mujer gestante, en 1960 surgió un movimiento social feminista a favor de la defensa de un parto con respeto y de los derechos en los cuidados perinatales con el objetivo de exponer el término de violencia obstétrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo y privaciones.

El sociólogo noruego Johan Galtung (2003) denominó el triángulo de la violencia que establece la relación entre los tres tipos de violencia que podemos encontrar en la sociedad las cuales son: violencia cultural, violencia estructural, violencia directa.

Violencia cultural: de tipo simbólico, se halla en las obras de arte, ciencia, religión, es decir todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad creando un marco legitimador de estas actitudes y reprimiendo o inhibiendo la respuesta de quien las sufre, ofrece incluso justificaciones para que los seres humanos se destruyan mutuamente en nombre de la religión, de la patria o de la supervivencia.

Violencia estructural: es la más peligrosa se da por no ver satisfechas las necesidades que se tienen por permitir desigualdades e injusticias, se originan en estructuras sociales y en la violencia que más afecta y mata a personas. **Violencia directa:** es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente, es el tipo de violencia más evidente, puesto que su visibilidad la hace más fácil de identificar y por tanto de combatir.

La violencia directa tiene como base a la violencia estructural y se justifica en la violencia cultural. Si observamos cualquier abuso de poder sobre un grupo oprimido, o cualquier situación de injusticia social, veremos como siempre existirán discursos que justifiquen dichas situaciones.

Según (Lafaurie, Rubio, Perdomo, Cañon, 2019) la Violencia obstétrica se considera una expresión de violencia de género y de violencia institucional contra la mujer, basado en la deshumanización del trato, medicalización durante el embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por el personal de salud. Puede ser ejercida de dos maneras, físicas y psicológicas.

Otro concepto que declara (secretaría de salud, 2010) la violencia obstétrica se le considera como un tipo de violencia constitucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, entre los que se dan:

Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo del parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer.

Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos

La violencia obstétrica no solo es consecuencia de proto-

colos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencias de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema. La violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada. En México, por ejemplo, hay hospitales en los que se chantajea a las mujeres con la obligación de ponerse un DIU tras el parto o si no la incisión de la cesárea será vertical (y por ello menos estética), en vez de horizontal (Reza, 2013), lo que atenta gravemente contra los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Tipos de violencia.

Violencia institucional:

Se manifiesta según como: negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, proveer de liberadamente información defectuosa o incompleta, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a aflicciones psicológicas y daños físicos, negación de medicamentos, atención o manejo del dolor como 'castigo' y tarifas excesivas por los servicios.

Sub categorizada en: políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto.

Violencia Psicológica:

Se considera la omisión del derecho a la información y a la autonomía en la toma de decisiones de la gestante y su familia en el proceso del parto.

Cada parto es único, incluso para las mujeres no primerizas, por lo cual es necesario que la gestante esté informada sobre las decisiones que se tomen durante los procesos de atención sobre su cuerpo, su hijo y su proceso de parto.

Violencia Simbólica:

Es aquella que se ejerce como resultado de la dominación. Resulta del consentimiento por interiorización y/o naturalización de las relaciones jerárquicas y la normalización de este tipo de relación. Ejemplo de ello: Negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer, Obligar a parir acostada y/o inmovilizada

Violencia sexual:

Se entiende por violencia sexual cualquier tipo de comportamiento que busca la coacción hacia una persona para que lleve a cabo una conducta sexual específica.

Entendiéndose como insinuaciones o comentarios sexuales en medio del desarrollo del proceso obstétrico y categorizada como "Dolo en el acto médico".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de

la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

En México la violencia obstétrica está regulado por diferentes instrumentos, uno de los elementos principales es la constitución política de los Estados Unidos mexicanos, los artículos que la respaldan son el Artículo 1.º, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger, y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Artículo 4.º la mujer y el hombre son iguales ante la ley. Este protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, de este artículo también emana la ley general de salud y como apoyo las normas oficiales mexicanas.

Los estados que hacen el repunte para castigar y disminuir la violencia obstétrica, regulan a estos delitos de manera autónoma en las entidades de Chiapas, Estado de México, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. A diferencia del estado de Guerrero que regula el delito de violencia obstétrica como parte del delito de violencia de género.

Chiapas y Guerrero hacen hincapié en que el delito se expresa en un trato deshumanizado en un abuso de medicación y patología de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Así también existe la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que tiene por objeto coordinar la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como establecer los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático sustentados en el artículo primero de la constitución política de los Estados Unidos mexicanos.

En abril de 2015, la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados aprobó el dictamen a la minuta que incorpora el concepto de violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en los siguientes términos:

La violencia obstétrica considera toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Lo será también la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

Practicar el parto por vía de cesárea, cuando hay condiciones para llevarlo a cabo de forma natural, además del uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, se estableció de igual forma como violencia obstétrica.

En el año 2016, el Gobierno Mexicano anuncia la nueva norma 007-SSA2-2016 de la Subsecretaría de Salud, para

la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que respalda el parto humanizado y los derechos de la mujer en el parto. Esta resolución es una norma técnica de carácter obligatorio que rige en todo el país.

Dentro de los avances la regulación menciona:

La humanización del parto, favoreciendo el parto natural por sobre las cesáreas.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

El respeto a la mujer parturienta

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

Derecho a moverse libremente durante el trabajo de parto y a elegir la posición que más le acomode a la mujer al parir.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

Dentro de las prácticas que se desaconseja, se encuentran:

La intervención con oxitocina sintética y ruptura de membranas.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

El rasurado, enema, tactos vaginales repetitivos y episiotomía.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera

Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente

y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Solo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

Todas estas normativas se reúnen en el documento expedido por la secretaría de salud titulado Lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, donde debe conocerse y seguir las indicaciones señaladas en:

1. La Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida".
2. La "Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo".
3. Las seis "Recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) señaladas en La Recomendación General No. 31/2017, Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud".
4. El "Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro" (Secretaría de Salud, s.f. a).

Sanciones imputables al personal que genere violencia obstétrica.

Tipificar el delito de violencia obstétrica no, nos garantiza que se dejen de realizar dichas prácticas, en algunos diversos Estados de la república han implementado como delito la violencia obstétrica imponiendo sanciones privativas de libertad y pecuniarias, sin tener resultados significativos. Del cual es necesario recalcar una norma específica sobre de cómo se debe brindar o llevar a cabo la atención de la mujer embarazada como es el caso de la NOM-007-SSA2-2010; En la norma oficial mexicana se fijan los lineamientos e indicaciones sobre las obligaciones de los prestadores de servicios de salud con los cuales se pretende evitar la práctica de la violencia obstétrica. La violencia obstétrica es consecuencia de diversos factores, entre ellos los vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo de camas, la falta de insumos, la falta de personal capacitado de servicios de salud que conlleva a dar una deficiencia de servicio oportuno y sobre todo de calidad y por lo tanto a no cubrir las necesidades de la población y generar insatisfacción. (Salomon & Warner)

Sanciones en el código penal de Chiapas.

Chiapas tiene un código penal del estado, en donde declara las sanciones atribuibles a la práctica de violencia obstétrica institucional, recordando que Chiapas es uno de los estados que castiga este delito de manera autónoma, las sanciones se encuentran en los:

Artículos 183 ter y 183 Quater: sanciones que van desde 1 a 3 años de prisión y multa de hasta 200 días de salario.

El Artículo 183 Ter. - Menciona que quien Cometa el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.

Artículo 183 Quater. - Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien: I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Las penas contempladas van de 3 a 6 años de prisión y una multa de hasta 300 días de salario para el caso de las fracciones 12 para quienes quién incurra en los supuestos.

Hoy de las fracciones. 4 y 5. Las sanciones van de 6 meses a 3 años de prisión y multa hasta 200 días de salario aunando a las personas señaladas

Artículo 363. Comete este delito el personal de salud que:

I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer

III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a esta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer;

V. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario.

Si en caso el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que regulan las políticas públicas en la materia.

METODOLOGÍA

La presente investigación es de corte cuantitativo de tipo transversal en donde se pretende investigar factores relacionados a la violencia obstétrica en mujeres de la región selva Ocosingo, en los hospitales IMSS Bienestar Ocosingo, Hospital Básico Comunitario 20 camas, Hospital IMSS Altamirano, y todos aquellos aledaños a la región. La población consiste en 28 mujeres que atendieron su parto en hospitales de la región las cuales accedieron a participar en la investigación, en el cual no se verá vulnerada su privacidad, ya que la recolección de datos ha sido de manera general, evitando nombres, mediante una encuesta.

El instrumento de medición consta de 6 bloques con 29 ítems, el bloque número 1 consta de 8 ítems que preguntan acerca de edad, religión, etnia, escolaridad, lugar donde atendió su parto, número de partos, números de partos que ha tenido con respuesta politómicas, el bloque número 2 consiste en la calidad de atención del parto hospitalario en atención prenatal con 3 preguntas las cuales consisten en la prueba de confiabilidad y consentimiento de la calidad de atención con opciones de respuesta mediante escala de Likert, bloque número 3 para la atención en el trabajo de parto con 13 preguntas con opciones de respuesta con escala de Likert, bloque número 4 atención durante el parto con 4 preguntas con opciones de respuesta mediante la escala Likert, bloque número 5 cómo fue la atención durante el posparto con 7 preguntas con opciones de respuesta mediante la escala Likert, bloque número 6 consiste en la promoción al egreso de la institución con 2 preguntas con opciones de respuesta dicotómica.

La recolección de datos se realiza mediante una encuesta diseñada en Classroom mediante un formulario de Google Forms, se aplicó a través de un enlace en medios digitales de comunicación, teniendo como respuestas 28 participantes, con la captación de datos fueron generadas estructuras gráficas de pastel y de barras, que se generan de manera automática. La recolección de datos se llevó a cabo dentro del periodo 10 al 30 de mayo de 2023.

RESULTADOS

Como resultado se obtuvo que el 22.2% de la población femenina tiene 36 a 40 años, el 18.5% lo obtiene los grupos de 15 a 20 años, 21 a 25 y de 31 a 35 años, el 11.1% lo conforma el grupo de 26 a 30 años, el 7.4% lo conforma el grupo de 46 a 50 años.

En la escolaridad predomina por el 40.7% la licenciatura, le sigue con el 22.2% en secundaria, el 18.5% la preparatoria, el 14.8% escolaridad en primaria, el 3.8% se encuentran sin estudios.

En etnias 77.8% no tiene ninguna, el 11.1% es Tseltal,

el 11.1% es etnia chol.

En la religión el 40.7% es católico, el 55.6% es cristiana, el 3.7% no tiene ninguna religión.

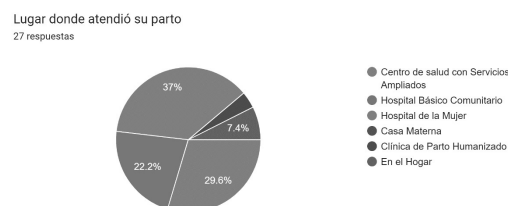


Fig. 1: Lugar en donde se atendió su parto

Nota: el 37% de la atención del parto fue en el Hospital de la Mujer, el 29.6% en un Centro de Salud con Servicios Ampliados, 22.2% en un Hospital básico comunitario, el 7.4% fue atendida en su hogar, el 3.8% fue atendido en una Clínica de Parto Humanizado.

De las encuestas obtenidas el 81.5% fueron atendidas por un ginecólogo/ obstetra el 11.1% por una enfermera el 7.4% por una partera. La prevalencia de hijos en las mujeres es el 40.7% de mujeres ha tenido 1 hijo, el 29.6% 2 hijos el 18.5% 3 hijos, el 8.4% ha tenido 4 hijos y el 3.5% ha tenido hasta 6 hijos, el 66.7% de esta población pertenece a la selva de Chiapas y el 33.3% pertenece a los altos de Chiapas.

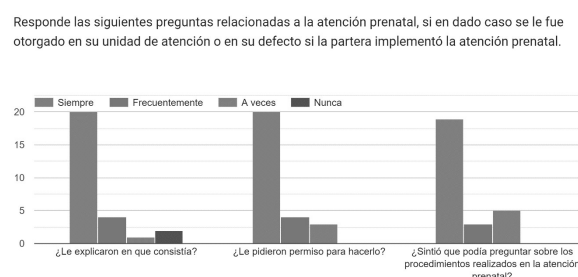


Fig. 2: Actividades realizadas mediante la Atención prenatal

Nota: A 21 de las usuarias siempre les explicaron en qué consistía, a 4 le explicaron frecuentemente, a 1 a veces le explicaban, a 2 usuarias nunca les explicaron en qué consistía. A 21 usuarias siempre les pidieron permiso para hacerlo, a 4 frecuentemente, a 3 a veces. 19 de ellas siempre sintió que podría preguntar sobre los procedimientos realizados en la atención prenatal, 2 frecuentemente sintió que podía preguntar, 5 a veces sintió que podía preguntar sobre la atención prenatal.

12 usuarias se les permitió estar acompañadas por la persona de su preferencia, 5 frecuentemente, 3 a veces, 12 usuarias femeninas sintieron que el equipo de salud demostró compasión ante su dolor, 5 frecuentemente, 3 a veces, 8 nunca. 12 usuarias mencionan que siempre les ofrecieron alternativas para manejo y control de su dolor, 7 frecuentemente, 6 a veces, 2 nunca.

12 usuarias califican excelentemente al personal que las atendió durante su trabajo de parto, 6 la consideran buena, 4 regular, 6 mala, 9 usuarias mencionan que la información otorgada sobre el proceso del trabajo de parto fue excelente, 11 la consideran buena, 8 regular, 11 usuarias consideran

excelente la orientación para tener un buen trabajo de parto, 12 buena, 5 regular, 8 usuarias califican de manera excelente el apoyo recibido durante el trabajo de parto, 13 buena, 7 regular, 12 usuarias califican excelente el espacio de atención en cuanto a su privacidad comodidad, 9 la consideran buena, 7 regular.

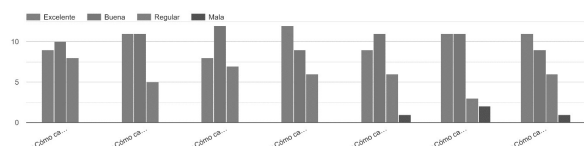


Fig. 3: Como califica el trato recibido por el personal de enfermería y medicina

Nota: 9 usuarias califican excelente el trato recibido por el personal de enfermería, 11 la consideran buena, 7 regular, 1 mala. 12 usuarias califican excelente el trato recibido por el personal de medicina, 11 la consideran buena, 3 regular, 2 mala.

Durante el parto 11 usuarias mencionan que siempre se les explicó acerca de los procedimientos, 10 frecuentemente, 6 a veces, 1 nunca. 14 usuarias hacen mención que siempre se les pidió su consentimiento para realizar procedimientos, 8 dicen que frecuentemente, 4 a veces, 2 nunca.

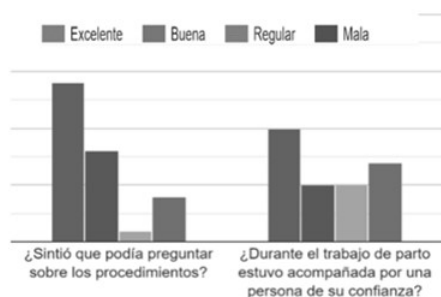


Fig. 4: Sintió que podía preguntar sobre los procedimientos

Nota: 18 usuarias siempre sintieron que podían preguntar acerca de los procedimientos, 5 mencionan que frecuentemente, 3 a veces, 2 nunca. 14 usuarias mencionan que siempre estuvieron acompañadas de una persona de su confianza, 9 frecuentemente, 1 a veces, 4 nunca.

Durante el proceso del parto es imprescindible el respeto, la confianza y la calidez mientras este proceso para la mujer culmina ya que es parte fundamental para desarrollar un vínculo afectivo madre-hijo, pudiendo así disminuir el daño a su integridad, violencia, armonía de la mujer, reduciendo las secuelas físicas y psicológicas para el binomio.

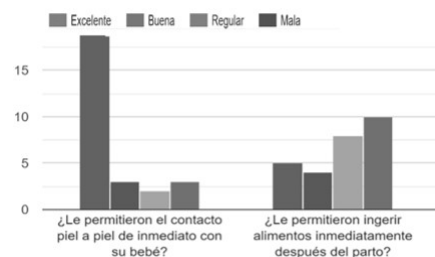


Fig. 5: Le permitieron el contacto piel a piel de inmediato con su bebé

Nota: 10 usuarias refieren que siempre se les permitió el contacto piel a piel con su bebé, 5 frecuentemente, 5 a veces, 8 nunca. 20 usuarias mencionan que siempre se les permitió ingerir alimentos después del parto, 3 frecuentemente, 2 a veces, 3 nunca.

5 usuarias siempre se sintieron asesoradas para dar seno al bebé, 4 frecuentemente, 8 a veces, 11 nunca. 12 usuarias mencionan que siempre se sintieron bien tratadas durante el posparto, 7 frecuentemente, 5 a veces, 4 nunca. 11 usuarias califican excelente el interés mostrado por el personal en su expulsivo/ cesárea, 10 la consideran buena, 6 regular, 1 mala. 12 usuarias califican excelente el respeto mostrado a su preferencia/ creencia, 9 la consideran buena, 7 regular. 13 usuarias califican excelente la privacidad de las instalaciones, 11 buena, 4 regular.

Al egreso de la institución a 21 usuarias mencionan que, si les dieron educación sobre los cuidados a su salud y la del recién nacido, 7 mencionan que no. 20 usuarias mencionan que, si les dieron citas para el control del posparto, 8 mencionan que no.

CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica afecta a la sociedad, así como al profesional de salud, debido a que es un tema importante dentro de la atención sanitaria para la mujer, este fenómeno se puede observar en el porcentaje de mujeres afectadas en Chiapas en zonas rurales y urbanas. La calidez, calidad, respeto en la atención de la gestación, del parto, y puerperio, dependen de diversos factores por lo tanto al atacar este suceso, deberá ser tratado en diversos ámbitos sociales, económicos; así como implementar mejoras para el personal de salud, teniendo mejores condiciones de trabajo.

Concluyendo con la presente investigación, se observa a través de los gráficos, la prevalencia de violencia, no física, dentro de la región selva, ya que existe una suma de mujeres que no reciben buenos tratos durante su parto y puerperio inmediato, la mujer debe ser protagonista de su parto, este momento es único para cada una de ellas, ya que es el primer contacto con el nuevo integrante de su familia al cual cuidaron durante nueve meses, sin embargo en muchas de las ocasiones esto no sucede ya que lastima su integridad y las denigra con palabras obscenas, insultos, incluso con violencia física.

La mayoría de las usuarias fueron atendidas en hospitales, se observa que algunas situaciones presentadas en las encuestas, la implementación de un parto humanizado aun no existe de manera adecuada al atender a las mujeres, por lo tanto, muchos de los procedimientos médicos/ enferme-

ros se llevan a través del desconocimiento. hoy en día existen muchas organizaciones y leyes que amparan a la mujer, para disminuir este tipo de prácticas.

La integridad de los profesionales de salud, así como su salud y comodidad, mejoraran en muchos aspectos la atención a las usuarias, este trato es de mucha ayuda para las mujeres que inician la etapa de la maternidad, mejorando el trato, evitando la violencia disminuyen los índices de secuelas psicológicas y físicas. Aumentando la felicidad de la mujer, mejorando los vínculos madre-hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural. Obtenido de <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>
- Comision Nacional de los Derechos Humanos. (2019). Tipificación de la violencia obstétrica en los Códigos Penales. Cuarta Visitaduría General Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres, pag. 1 - 19.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH. (Junio de 2021). Reporte de Monitoreo Legislativo . Obtenido de EL PANORAMA LEGISLATIVO EN TORNO AL DELITO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Observancia/Violencia-Obstetrica.pdf>
- Frías, K., & Rodríguez, V. (2022). Violencia Obstétrica en el servicio de salud en México . Ciudad de México : Universidad Autónoma Metropolitana .
- García, E. (2018). La violencia obstétrica como violencia de genero. Madrid.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. ¿Sabes en que consiste la Violencia obstétrica?, pag. 14 - 15.
- Instituto Nacional de las Mujeres . (11 de Noviembre de 2022). Las Mujeres y el maltrato durante la atencion obstétrica . Desigualdad en Cifras , págs. 1-2.
- Instituto Nacional de Salud Publica. (2019). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. pag. 12-14.
- Jímenez, B., & Romero, F. (2022). Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios gineco obstétricos del IMMS. Ciudad de México : Conferencia Interamericana de Seguridad Social .
- Lampert, M. (2021). Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BNC, 1-12.
- Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. (22 de 06 de 2007). Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2017_mex_ref_ley_gralvidalibredeviolencia.pdf
- Ramirez, M., Hernández, C., & Ceballos, G. (2021). La Violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres . CONAMED, 149-155.
- Rodriguez, J., & Martinez, A. (2021). La Violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España . Gac Sanit, 211-212.
- Salomon, s., & warner, c. (2021). SANCIONES EN EL CODIGO PENAL DE CHIAPAS. Violencia Obstétrica, pag. 1 - 25.
- Secretaria de Gobernacion. (07 de Abril de 2016). NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016gsc.tab=0
- Villanueva, E., & Mendez, L. A. (2017). .El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”. CONAMED, pag. 148.